Rehabilitación completa en pacientes con desgaste severo "*un enfoque mínimamente invasivo*"

REVISIÓN NARRATIVA

AUTOR

Ana Paula Betancur Restrepo

OD, Residente Posgrado de Rehabilitación oral CES

ASESOR

Mateo Posada Castaño

OD, Rehabilitador Oral, Docente Titular Facultad de odontología CES

Medellín

Universidad CES

Facultad Odontología

Posgrado rehabilitación oral

2025

Rehabilitación completa en pacientes con desgaste severo "*un enfoque mínimamente invasivo*"

Complete rehabilitation in patients with severe wear " minimally invasive approach"

Objetivo: Realizar una revisión narrativa donde se establezca una guía clínica que permita comprender ¿por qué?, ¿cuándo? y ¿cómo? tratar los pacientes que presentan desgaste severo.

Descripción General: Para poder entender por qué los pacientes llegan a condiciones de desgaste severo donde ya debemos de tratar, es necesario partir de saber reconocer términos como el *Desgaste y sus características, comprender como este afecta la articulación temporomandibular (ATM), cual es el momento adecuado para intervenir buscando siempre ser mínimamente invasivos, conservando la mayor estructura dental, devolviendo de nuevo la función, la salud y la estética.*

***Conclusión**:* Conocer el tipo de desgaste permite identificar el momento ideal para intervenir y determinar el plan de tratamiento, el cual debe ser realizado con un enfoque restaurativo mínimamente invasivo y por sectores garantizando un tratamiento más predecible y un mejor control clínico.

Palabras clave: "Complete restoration", "severe wear", "dental erosion".

INTRODUCCIÓN

Se ha vuelto normal encontrar pacientes con condiciones de desgaste severo debido al aumento de consumo de bebidas ácidas, bebidas gaseosas, presencia de enfermedades gástricas entre otras.(1)

La mayoría de casos que requieren de tratamiento precisan que el clínico tenga claro conceptos como el *Desgaste que* es la perdida de estructura dental caracterizada por

una apariencia lisa y brillante presentada como resultado a: ***Abrasión*:** Es el desgaste producido por la interacción entre los dientes y otros materiales (fuerza de cepillado), **Atrición:** Es el desgaste generado por el contacto diente con diente (bruxismo), **Erosión:** Es la desmineralización del tejido duro por el consumo de sustancias acidas llevando a perdida de tejido el cual se puede presentar por factores extrínsecos como el consumo de bebidas gaseosas, frutas acidas o factores intrínsecos como el reflujo gástrico, **Abfracción:** se da cuando se presenta una carga oclusal anormal que predispone al esmalte cervical al desgaste mecánico y químico.(1-14) Normalmente hay una interacción de 2 o más tipos de desgaste agravando la condición.

El desgaste aumenta con la edad debido a la función y/o parafunción masticatoria, en la actualidad se encuentra comúnmente en adultos jóvenes debido al alto consumo de bebidas gaseosas y ácidos.

La erosión dental es una patología frecuente que puede presentarse de forma severa comprometiendo la dentición especialmente en la zona anterior, llevando a una disminución de la dimensión vertical o una erupción compensatoria. (2) Cuando el esmalte esta reblandecido es susceptible a la abrasión incluso con el cepillado sin pasta dental o la fricción de la lengua, la dentina tiene más predisposición debido a su contenido mineral relativamente bajo, pero ante cargas altas su matriz orgánica fibrosa ayuda a reducir la fractura. (1)

La literatura reporta que la tasa de desgaste en los incisivos se ha estimado entre 0 a 35 micras por año (1), el desgaste fisiológico del esmalte en oclusal en molares es de 29 micras y en premolares es de 15 micras por año (17)

Por lo general cuando hay presencia de desgaste severo se presenta un desequilibrio en el sistema estomatognático (ATM, músculos, dientes) , los músculos se encuentran en actividad anormal, se presentan relaciones oclusales inadecuadas, desgaste excesivo anterior llevando a una pérdida de guía anterior. (3)

Se debe restablecer el equilibrio con un enfoque preventivo y conservador preservando la mayor estructura dental posible, devolviendo la función, la estética y aumentando la longevidad de las restauraciones; factores como la relación Céntrica, la dimensión vertical en oclusión y la relación de los dientes anteriores son importantes en el momento de realizar las restauraciones finales para cumplir con los propósitos expresados anteriormente. (3)

La relación céntrica (RC) es la posición fisiológica más estable y repetible para la ATM y los músculos desde el punto de vista ortopédico. Los pacientes con desgaste severo y presencia de dolor articular se deben rehabilitar en relación céntrica (por medio de técnicas de registro oclusal como manipulación bilateral, espaciadores de long, jig de lucia o uso de desprogramadores anteriores) y siempre que este indicado realizar un enfoque reorganizacional, Fradeani recomienda RC como la única posición aceptable cuando se trata de rehabilitaciones completas (uno o ambos arcos) ya que se considera la única posición reproducible. (3)

Fradeani sugiere restaurar en máxima intercuspidación (MIC) siguiendo un enfoque conformatorio cuando existe un número limitado de restauraciones o no se va a realizar un cambio de oclusión, recomienda en oclusiones clase II con una discrepancia muy grande entre MIC y RC restaurar en MIC para poder establecer la guía anterior sin generar cíngulos de gran tamaño. (3)

La dimensión vertical oclusal **(DVO)** se basa en estimar el espacio interoclusal que permite la restauracion anatómica de los dientes, el esquema oclusal debe estar guiado por caninos y por contactos oclusales anteriores compartidos durante la protrusion mandibular. (14)

Fradeani y cols. Reportan que es indicado aumentar la dimensión vertical para minimizar la invasividad del procedimiento protésico cuando se va a rehabilitar un arco completo y hay presencia de signos clínicos como falta de guía anterior, bordes incisales aplanados, dolor muscular, poca exposición dental en reposo y discrepancia entre RC y MIC.(3)

Esta reportado en la literatura que se considera seguro un aumento de DVO hasta de 5mm sin evidencia de signos clínicos, ni síntomas asociados o en caso de presentarlos a las 2 semanas desaparecerán.(3-10-22)

Vailati y cols. Indican que el desgaste se presenta en dos velocidades siendo lento en esmalte debido a que es más resistente por su alto contenido mineral y rápido cuando el desgaste llega a la dentina; ellos proponen una nueva clasificación de la erosión clínica anterior donde se tienen en cuenta factores como perdida de esmalte palatino, cantidad de dentina expuesta, daño de bordes incisales, perdida de esmalte vestibular y perdida de vitalidad.(4)

Esta clasificación está basada en evaluar el estado clínico de los dientes anteriores maxilares afectados permitiendo así cuantificar el desgaste y orientar el tratamiento.(4)

Clasificación Clase I Es la fase más temprana de la erosión dental caracterizada por un adelgazamiento del esmalte en palatino sin presencia de exposición de dentina el cual no requiere tratamiento; los autores proponen solo realizar seguimiento para evitar que

la erosión continue, realizar educación donde se indique cremas dentales remineralizantes que contengan recaldent, fosfopeptido de caseína o fosfato de calcio amorfo quienes van a liberar calcio y fosfato, estas pastas se pueden aplicar con placas que se extiendan más allá de los márgenes para proteger los dientes. (4-5) .

Clasificación Clase II Hay presencia de exposición de dentina en la zona de contacto con el antagonista, los bordes incisales se encuentran intactos, lo ideal es no restaurar o proponen realizar resinas directas, aunque normalmente estas no van a durar debido a que son muy delgadas, también plantean realizar resinas indirectas pero es considerado en esta fase un sobre tratamiento ya que se tendría que aumentar la DVO para ganar espacio interoclusal y en caso tal es mejor contemplar la realización de un tratamiento ortodóntico previo. (4-5).

Clasificación Clase III Se evidencia una exposición moderada de dentina en palatino y los bordes incisales presentan un daño menor a 2mm de la longitud original del diente, se caracteriza por bordes incisales delgados, traslucidos, cortos e irregulares que se pueden fracturar fácilmente durante la función, el tratamiento propuesto son carillas palatinas, en esta clasificación si esta justificado el aumento de DVO debido a que por lo general estos pacientes también presentan desgaste en las superficies oclusales, aunque una opción podría ser una ortodoncia previa al tratamiento protésico. (4-5).

Clasificación Clase IV Muestra exposición extensa de dentina en palatino y bordes incisales con daño mayor a 2mm de la longitud original, se evidencia el esmalte vestibular intacto. Aquí el paciente ya es consciente de su condición, se recomienda como

tratamiento carillas palatinas que permiten engrosar el diente en esta zona, pero es difícil coincidir con el color vestibular para que no se vea la interface entre la restauración y el diente, por lo cual se plantea el uso de carilla palatina más resina directa vestibular o un taco (restauración vestibular y palatina sin comprometer el punto de contacto). (4-5).

Clasificación Clase V Perdida severa y extensa de esmalte con exposición de dentina en palatino y los bordes incisales tienen un daño mayor a 2mm, aquí el esmalte vestibular también se pierde lo cual está comprometida la adhesión, el objetivo del tratamiento es preservar el tejido remanente y preservar la vitalidad pulpar. Se indica como tratamiento la realización de carilla palatina más resina directa o una doble carilla. (4-5).

Clasificación Clase VI Tiene una destrucción avanzada de estructura dental, por lo general hay presencia de necrosis pulpar generada por el ataque acido leve o lento que genera calcificación y retracción de la pulpa, se propone primero tratar la parte pulpar seguido de restauración con tacos con un aumento de dimensión vertical preservando la mayor estructura dental posible (4-5).

Con base a lo expuesto anteriormente se da claridad en que el momento de rehabilitar es cuando se presentan clasificaciones tipo III,IV,V,VI donde el tratamiento siempre debe ser pensado en conservar la mayor cantidad de estructura posible que permita establecer relaciones oclusales adecuadas, funcionales, estéticas y que garanticen la longevidad en el tiempo.

Mario Alessio y cols. Plantean como pilares funcionales al canino, el 1er premolar y el 1er molar debido a que estos están involucrados en las cargas funcionales estáticas y

dinámicas, adicional son importantes para la guía laterotrusiva, la retrusión y la estabilización dental y articular. Exponen la posibilidad de realizar rehabilitaciones completas donde solo estos pilares inicialmente son realizados de forma indirecta en cerámica que es un material de alta resistencia y duración, el resto de dientes involucrados pueden ser realizados en resina que es un material de resistencia y costo menor, es importante aclarar que la resina es considerada un material temporal que debe ser remplazado con el tiempo por cerámica para garantizar la estabilidad y durabilidad del tratamiento protésico. (6)

Vailati y col. propone una rehabilitación completa en casos de desgaste severo teniendo en cuenta 3 pasos:

PASO 1 Establecer la posición del plano de oclusión se realiza por medio del encerado de solo las caras vestibulares de la boca completa, teniendo en cuenta bordes incisales, ejes de los dientes, forma, tamaño y plano oclusal, con base a esta predeterminación se realiza el primer mock up donde se debe evaluar en una vista frontal y sonriente, es importante tener en cuenta que los dientes posteriores deben de seguir el labio inferior y estar ubicados más cervicalmente que los bordes incisales. (7)

PASO 2 Restaurar los cuadrantes posteriores aumentando la dimensión vertical

Luego de tener definido el plano oclusal se enceran las tablas oclusales de los dientes posteriores permitiendo la evaluación del soporte posterior y la dimensión vertical oclusal, Vailati refiere en sus artículos que "El aumento de dimensión vertical es obligatorio para reducir la necesidad de preparación dental y evitar tratamientos endodónticos electivos". Sin embargo se debe tener en cuenta que el aumento de DV debe ser el mínimo tolerado por el paciente. (8)

La nueva DV siempre debe ser probada antes de comenzar tratamientos definitivos por medio de una provisionalización realizada con resina usando técnica de estampación o inyección, si aparecen signos o síntomas de disfunción de la ATM que no seden, los temporales se deben de remover. No existe un consenso del tiempo necesario para probar la comodidad del paciente a un cambio de DV, el clínico es quien decide en qué momento continuar con su remplazo por un tratamiento definitivo. (8) Aunque hay autores que refieren que 2 semanas son el tiempo mínimo para que los músculos se adapten (10) y lo ideal es dejar provisionalizado por lo menos un mes. (8-22)

PASO3 Restaurar la guía anterior Posterior a los pasos anteriores y con el paciente estable oclusalmente, se procede a realizar el encerado palatino el cual permite restablecer la guía anterior, se realiza una nueva prueba por medio de un mock up para verificarla y si todo está bien se puede iniciar la parte definitiva la cual debe ser realizada por cuadrantes, garantizando una oclusión estable y que el pacientes se sienta más cómodo.(9)

Existe otra técnica llamada estéticamente guiada y oclusalmente protegida donde se planifica digitalmente una dimensión vertical tentativa de los dientes anteriores maxilares, luego se realiza una impresión de esa predeterminación y con base en esta se realiza un mock up para verificar la posición de los bordes incisales, los márgenes gingivales en sonrisa, la estética y la fonética, después se realiza una predeterminación digital de los dientes anteroinferiores , se realiza un nuevo modelo y mock up donde se verifica la dimensión vertical y la guía anterior, seguido de una predeterminación digital posterosuperior para verificar el plano oclusal y los corredores bucales y por ultimo una

predeterminación posteroinferior para chequear el soporte posterior, las relaciones interoclusales y las desoclusiones. Cuando son aprobados todos los mock up se procede a la realizar la provisionalización y fase definitiva por sectores. (19)

Los tratamientos sectorizados y repetidos sistemáticamente aumentan la previsibilidad de los resultados con ajustes menores.(19)

En el momento de pensar en la realización del tratamiento definitivo se debe usar restauraciones parciales adhesivas aditivas con enfoque mínimamente invasivo permitiendo preservar la mayor cantidad de estructura dental posible. (11)

La elección del material cerámico adecuado depende de varios criterios clínicos como la ubicación y el tipo de restauración, el color del remanente dental, el color deseado de la restauración, el grosor de la preparación, la línea de terminación, el cemento y la técnica de cementación.

Diferentes artículos que hablan de los materiales usados para rehabilitaciones completas llegan a la conclusión que las restauraciones en disilicato de litio presentan una alta capacidad de carga y una alta resistencia a la fractura. Esta cerámica puede ser usada en grosores delgados con una técnica de cementación adhesiva conservando sus propiedades mecánicas.

Las restauraciones adheridas, principalmente en esmalte, y fabricadas con un material cerámico grabable son clave para el éxito del tratamiento. (3-10-11).

Las tecnologías digitales agilizan y reducen costos en diagnóstico y tratamiento, usar estas herramientas permiten un tratamiento restaurador no invasivo, rápido, preciso y predecible. (12) Estas tecnologías cada vez avanzan más ya se puede incluir no solo los modelos obtenidos mediante la impresión 3D sino también las CBCT y el escaneo facial completo. (19) Por medio de un software de planificación se realiza de forma virtual el tratamiento completo a partir de tejidos orales digitalizados; La reconstrucción digital puede ser obtenida mediante un escáner de laboratorio que digitaliza un modelo de yeso generado con una impresión convencional, o por medio de una impresión con un escáner intraoral, es importante saber que el registro oclusal debe ser realizado con el jig de lucia en posiciónn para poder tener digitalmente la oclusión en RC, luego se diseñan las restauraciones devolviendo la forma y la relacion interoclusal, se transfiere el formato digital (STL) a una impresora 3D, se imprime el modelo y se realiza una matriz para mock up, cuando este se aprueba se realiza una segunda matriz con silicona transparente y se realiza la temporalizacion por medio de inyeccion de resina, se evalua a las 3 semanas, se verifica de nuevo la función y si no hay dolor en la ATM se realiza la fase definitva donde se lleva el STL a una máquina de fabricación (CAM) donde se realiza el fresado o la inyección de las restauraciones finales.(12)

Maier y cols Sugieren un protocolo adhesivo donde se debe usar aislamiento absoluto, las estructuras dentales se deben limpiar con piedra pomez, arenar la superficie dental, grabar con acido ortofosforico al 37% el esmalte por 15 seg, enjuagar por 10 seg,secar, adhesivo frotado por 20 seg, fotopolimerizar, en la ceramica grabado con acido florhidrico por 20seg, inactivar con bicarbonato, lavado, secado,aplicación de silano por 3min, cementacion con cemento resinoso, remover excesos y fotocurar, aplicación de glicerina

para eliminar capa inhibida de oxigeno y fotocurar, chequear la oclusión estatica y dinamica y finalmente realizar un pulido. (13) Posterior a la cementamentación es indicado realizar ferulas nocturnas para proteger la rehabilitación realizada. (14)

El uso de materiales CAD/CAM como la resina compuesta nanocerámica con alta carga de relleno (86%) son confiables, cumplen con los principios biomecánicos de conservación y estética, reducen costos financieros lo que podria hacer mas aceptable el tratamiento y facilitar la decisión del paciente. (16) Estas Resinas cad/cam minimamente invasivas tienen una supervivencia clinica del 96.8 al 100% con un éxito clinico del 70.7 al 97.1% hasta 5.5 años en rehabilitaciones de denticiones con desgaste severo. (13) (16) Las cargas máximas soportadas por estos materiales son superiores a las fuerzas masticatorias humanas, esta es una de las razones por las que las restauraciones CAD/CAM sobrevien en el tiempo. (17)

Las restauraciones oclusales posteriores adheridas CAD/CAM son una mejor alternativa cuando se comparan con restauraciones tradicionales como coronas de cobertura completa para el tratamiento de lesiones erosivas graves. (18) Es importante tener claro que las resinas CAD/CAM presentan tasas de abrasión y decoloración mayor que el disilicato de lito y una tasa de fracaso mayor que las ceramicas en general. (23)

Las complicaciones que pueden ser esperadas en este tipo de tratamiento son caries, lesiones apicales, deslaminación de la resina o la ceramica, descementación entre otros. (15-21)

En pacientes que presentan bruxismo las restauraciones estan sometidas a fuerzas oclusales anormales que pueden sobrecargar los músculos y las estructuras articulares aumentardo el riesgo de falla mecánica de la rehabilitación; es indispensable que el paciente aprenda a manejar el estrés y que la rehabilitación sea realizada con una buena oclusión y distrubución de cargas oclusales.(20)

CONCLUSIÓN

Conocer el tipo de desgaste permite identificar el momento ideal para intervenir y determinar el plan de tratamiento, el cual debe ser realizado con un enfoque restaurativo mínimamente invasivo y por sectores garantizando un tratamiento más predecible y un mejor control clínico.

BIIBLIOGRAFIA

1. Shellis RP, Addy M. The Interactions between Attrition, Abrasion and Erosion in Tooth Wear. En: Lussi A, Ganss C, editores. Monographs in Oral Science [Internet]. S. Karger AG; 2014 [citado 7 de agosto de 2025]. p. 32-45
2. Vailati, F., & Belser, U. C. (2008). Full-mouth adhesive rehabilitation of a severely eroded dentition: the three-step technique. Part 3. *The European journal of esthetic dentistry : official journal of the European Academy of Esthetic Dentistry*, *3*(3), 236–257.
3. Minimally invasive prosthetic procedure (MIPP): classification and clinical case. L Bacherini, M Fradeani - Quintessence Dent Technol, 2015
4. Vailati, F., & Belser, U. C. (2010). Classification and treatment of the anterior maxillary dentition affected by dental erosion: the ACE classification. *The International journal of periodontics & restorative dentistry*, *30*(6), 559–571.
5. Vailati francesca. 3 Step prostodoncia aditiva. edra, grupo asis
6. The Pillars of Full-Mouth Rehabilitation: A Minimally Invasive, Low-Cost Approach to Prosthetic Treatment. Mario Alessio Alegri, Cristian Marchini, Allegra Comba. QDT 2020
7. Vailati, F., & Belser, U. C. (2008). Full-mouth adhesive rehabilitation of a severely eroded dentition: the three-step technique. Part 1. *The European journal of esthetic dentistry : official journal of the European Academy of Esthetic Dentistry*, *3*(1), 30–44.

8. Vailati, F., & Belser, U. C. (2008). Full-mouth adhesive rehabilitation of a severely eroded dentition: the three-step technique. Part 2. *The European journal of esthetic dentistry : official journal of the European Academy of Esthetic Dentistry*, *3*(2), 128–146.
9. Vailati, F., & Belser, U. C. (2008). Full-mouth adhesive rehabilitation of a severely eroded dentition: the three-step technique. Part 3. *The European journal of esthetic dentistry : official journal of the European Academy of Esthetic Dentistry*, *3*(3), 236–257.
10. Fradiani, M., Barducci, G., & Bacherini, L. (2016). Esthetic rehabilitation of a worn dentition with a minimally invasive prosthetic procedure (MIPP). *The international journal of esthetic dentistry*, *11*(1), 16–35.
11. Fradeani, M., Barducci, G., Bacherini, L., & Brennan, M. (2012). Esthetic rehabilitation of a severely worn dentition with minimally invasive prosthetic procedures (MIPP). *The International journal of periodontics & restorative dentistry*, *32*(2), 135–147.
12. Lanis, A., Gallucci, G., & Pedrinaci, I. (2023). Full mouth oral rehabilitation of a severely worn dentition based on a fully digital workflow. *Journal of esthetic and restorative dentistry : official publication of the American Academy of Esthetic Dentistry ... [et al.]*, *35*(4), 596–608. https://doi.org/10.1111/jerd.13020
13. Maier, E., Crins, L., Pereira-Cenci, T., Bronkhorst, E., Opdam, N., Galler, K., & Loomans, B. (2024). 5.5-year-survival of CAD/CAM resin-based composite

restorations in severe tooth wear patients. *Dental materials : official publication of the Academy of Dental Materials*, *40*(5), 767–776. https://doi.org/10.1016/j.dental.2024.03.001

14. Mehta, S. B., Lima, V. P., Bronkhorst, E. M., Crins, L., Bronkhorst, H., Opdam, N. J. M., Huysmans, M. D. N. J. M., & Loomans, B. A. C. (2021). Clinical performance of direct composite resin restorations in a full mouth rehabilitation for patients with severe tooth wear: 5.5-year results. *Journal of dentistry*, *112*, 103743. https://doi.org/10.1016/j.jdent.2021.103743
15. Katsoulis, J., Nikitovic, S. G., Spreng, S., Neuhaus, K., & Mericske-Stern, R. (2011). Prosthetic rehabilitation and treatment outcome of partially edentulous patients with severe tooth wear: 3-years results. *Journal of dentistry*, *39*(10), 662–671. https://doi.org/10.1016/j.jdent.2011.07.008
16. Ferrando-Cascales, Á., Astudillo-Rubio, D., Pascual-Moscardó, A., & Delgado-Gaete, A. (2020). A facially driven complete-mouth rehabilitation with ultrathin CAD-CAM composite resin veneers for a patient with severe tooth wear: A minimally invasive approach. *The Journal of prosthetic dentistry*, *123*(4), 537–547. https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2019.04.011
17. Loomans, B., Opdam, N., Attin, T., Bartlett, D., Edelhoff, D., Frankenberger, R., Benic, G., Ramseyer, S., Wetselaar, P., Sterenborg, B., Hickel, R., Pallesen, U., Mehta, S., Banerji,

S., Lussi, A., & Wilson, N. (2017). Severe Tooth Wear: European Consensus Statement on Management Guidelines. *The journal of adhesive dentistry*, *19*(2), 111–119.

18. Schlichting, L. H., Resende, T. H., Reis, K. R., & Magne, P. (2016). Simplified treatment of severe dental erosion with ultrathin CAD-CAM composite occlusal veneers and anterior bilaminar veneers. *The Journal of prosthetic dentistry*, *116*(4), 474–482. https://doi.cesproxy.elogim.com/10.1016/j.prosdent.2016.02.013
19. Albertini, G. S., Bechelli, D., & Capusotto, A. (2023). The esthetically guided and occlusally protected (EGOP) technique. Case report of fully digital adhesive rehabilitation in patients with dental structure loss. *The international journal of esthetic dentistry*, *18*(2), 162–178.
20. Full- mouth rehabilitation of a bruxist patient: a functional approach. Mario Alessio Alegri, Cristian Marchini, Allegra Comba. QDT 2018
21. Johnson, A. C., Versluis, A., Tantbirojn, D., & Ahuja, S. (2014). Fracture strength of CAD/CAM composite and composite-ceramic occlusal veneers. *Journal of prosthodontic research*, *58*(2), 107–114. https://doi.cesproxy.elogim.com/10.1016/j.jpor.2014.01.001
22. Crins, L. A. M. J., Opdam, N. J. M., Kreulen, C. M., Bronkhorst, E. M., Huysmans, M. D. N. J. M., & Loomans, B. A. C. (2023). Randomised controlled trial on testing an increased vertical dimension of occlusion prior to

restorative treatment of tooth wear. *Journal of oral rehabilitation*, *50*(4), 267–275. https://doi.cesproxy.elogim.com/10.1111/joor.13408

23. Edelhoff, D., Erdelt, K. J., Stawarczyk, B., & Liebermann, A. (2023). Pressable lithium disilicate ceramic versus CAD/CAM resin composite restorations in patients with moderate to severe tooth wear: Clinical observations up to 13 years. *Journal of esthetic and restorative dentistry : official publication of the American Academy of Esthetic Dentistry ... [et al.]*, *35*(1), 116–128. https://doi.cesproxy.elogim.com/10.1111/jerd.12947